

Programa Estatal de Papanicolaou Plus

Version: November 2015

Every Woman Matters



Department of Health & Human Services



301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817 Fax: 402-471-0913
1-800-532-2227
www.dhhs.ne.gov/womenhealth

SOLO PARA RESIDENTES DE NEBRASKA

Para personas mayores de 18 años:

- Estudios de Enfermedades de Transmisión Sexual Solamente - La consulta cubre solamente Mujeres y Hombres

Para personas de 21-29 años:

- Estudios de Citología de Cáncer Cervical cada 3 años de acuerdo a los lineamientos de USPSTF

Para personas de 30-39 años:

- Estudios de Citología de Cáncer Cervical cada 3 años o co-estudios (citología/prueba del Virus de Papiloma Humano-HPV por sus siglas en inglés) cada 5 años de acuerdo a los lineamientos del USPSTF

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

INFORMACION DEMOGRAFICA

Primer Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Nombre de soltera: _____ Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: el mes / el día / el año Genero: Femenino Masculino # de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ El Candado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Forma preferida de contacto?: Fijo Trabajo Celular
Teléfono fijo: (____) _____ Teléfono de trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

Sí, quisiera recibir información del programa por correo electrónico. Correo : _____

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:
Persona de contacto: _____ Relación: Pareja Familiar/Amigo Otro

Teléfono: (____) _____ Fijo Trabajo Celular

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Es usted de origen **Latino/Hispano**? Sí No No sé País de origen: _____
Cual es el idioma principal que se **habla en casa**? Inglés Español Vietnamita Otro _____

¿A que **raza o etnia pertenece**?
 Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu _____
 Negro/Afro-Americano
 México-Americano
 Blanco
 Asiático
 Isleño del Pacifico/Hawaiano Nativo
 Otro _____
 No sé

¿ Es usted **Refugiado**? Sí No No sé. En caso de serlo, de donde es usted _____

Grado de **educación** completado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 13 14 15 16 16+ GED No sea No deseo contestar

Cómo **escucho** acerca del programa: Doctor/Clinica Familiar/Amigo Agencia Periódico/Radio/TV Soy/Fui Paciente Trabajador de Salud Otro _____

INGRESO Y SEGURO MEDICO

Cuando el staff del programa me contacte, será necesario que les muestre prueba de mis ingresos para asegurarnos que estén dentro de los estándares de ingreso indicados. Si mis ingresos rebasan dichos estándares, seré responsable de cubrir el costo de los servicios que reciba.

¿Cuál es su **ingreso familiar**, antes de impuestos? Semanal Mensual Anual Ingreso : \$ _____
Por favor note que: Aquellas personas con su propio negocio necesitan indicar su ingreso neto, después de impuestos.

¿Cuántas personas viven de este ingreso? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Tiene **seguro de gastos** médicos? Sí No/No cubre esto En caso de Sí: Medicare (personas mayores de 65) Parte A y B Solo parte A
 Medicaid (cobertura individual total)
 Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid _____

CANCER DE MAMA Y CERVICAL

**SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:
Papanicolaou Sí No No sé Fecha del más reciente ____/____/____ Resultados: Normal Anormal No sé

Mamografía (breast x-ray) Sí No No sé Fecha del más reciente ____/____/____ Resultados: Normal Anormal No sé

2. ¿Le han realizado una **Histerectomía**? (extirpación de la matriz) No Sí No sé
2a. ¿La **Histerectomía** se realizo con el fin de tratar cáncer cervico-uterino? No Sí No sé

3. ¿Su **madre, hermana o hija**, han padecido de **cáncer de mama**? No Sí No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer de mama**? No Sí No sé Cuando: ____/____/____
5. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer cervico-uterino**? No Sí No sé Cuando: ____/____/____

Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

■ Usted debe de leer y firmar la página 2

- Quiero formar parte del Programa Estatal de Salud del Papanicolaou para Mujeres y Hombres. Estoy al tanto de que:
 - El Programa Estatal de Papanicolaou Plus cubre el costo de una consulta en la que se realizan estudios de Enfermedades de Transmisión Sexual (STD por sus siglas en inglés). No cubre el costo de cualquier estudio o tratamiento de seguimiento.
 - Mis ingresos no pueden rebasar los estándares de ingreso establecidos por el programa
 - Si tengo seguro médico, CMI (Cada Mujer Importa) sólo pagará una vez que mi compañía de seguro haya pagado
 - Notificaré al Programa Estatal de Papanicolaou Plus si ya no deseo formar parte del programa
- He hablado con la clínica acerca de cómo voy a pagar cualquier estudio o servicio que no sea cubierto por el programa.
- He hablado con mi proveedor de salud acerca de los estudios, y entiendo que puede haber posibles efectos secundarios o malestares.
- De acuerdo a mi historial médico y personal, es posible que reciba estudios o materiales educativos relacionados con mi salud. Sé que si me mudo sin notificar mi nueva dirección al programa, puede que ya no reciba los recordatorios de mis estudios o material educativo. Acepto toda responsabilidad de darle seguimiento a cualquier consejo provisto por mi proveedor de salud.
- Entiendo que si los resultados de mis estudios de cáncer de seno o cervical son anormales, automáticamente me inscribirán en el Programa de Diagnóstico de Cada Mujer Importa, con el fin de recibir asistencia en el pago de los procedimientos de diagnóstico permitidos en CMI.
- Entiendo que los servicios provistos se adhieren a los lineamientos nacionales y a las recomendaciones de evaluaciones de cáncer cervical. Si tengo cualquier pregunta acerca de qué servicios están permitidos, hablaré con mi proveedor de salud o llamaré al programa al 1-800-532-2227.
- Mi proveedor de salud, laboratorio, clínica, unidad radiológica, y/u hospital pueden proporcionar los resultados de mis exámenes de cáncer de seno y cervical, exámenes de seguimiento, y/o tratamientos a CMI.
- Para poder ayudarme a tomar las mejores decisiones relacionadas con mi salud, el Programa Estatal de Papanicolaou Plus, puede compartir información clínica u otro tipo de información relacionada con mi salud, incluyendo resultados de laboratorio y mi expediente médico, a mi proveedor de salud.
- Mi nombre, dirección, correo electrónico, número de seguro social y/u otra información personal, será utilizada solamente por CMI. Puede ser utilizada para hacerme saber si necesito evaluaciones de seguimiento. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones si es necesario recibir algún tratamiento.
- Otros datos podrían ser utilizados para exámenes aprobados por CMI y/o por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en Inglés), para ser utilizados por investigadores externos para aprender más acerca de la salud de los hombres y las mujeres. Estos exámenes no utilizarán mi nombre ni otros datos personales.

Para poder calificar para CMI/NCP, usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero calificado de acuerdo al Acta Federal de Migración y Ciudadanía. Por favor indique qué opción aplica en su caso.

Para efectos de cumplir con lo indicado en Neb. Rev. Stat. §§ 4-108 al 4-114, doy fe de que:

- Soy un ciudadano de los Estados Unidos
- Soy un extranjero calificado bajo el Acta Federal de Migración y Ciudadanía. He adjuntado una copia por ambos lados de mis documentos de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés) también conocidos como tarjeta de permanente residente.

A través de este medio, declaro que mis respuestas e información provista en esta forma y en cualquier solicitud relacionada con la obtención de beneficios públicos, es verdadera, completa y precisa, y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

Por favor escriba su nombre (*Nombre, Segundo Nombre, Apellido*)

Firma

el mes / el día / el año

el mes / el día / el año

Fecha en la que firmó

Su fecha de nacimiento

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Version: November 2015

DIETA Y ACTIVIDAD FISICA

1. ¿Cuánta **fruta** come en un día común y corriente? (1 taza= 1 banana grande o 1 manzana mediana) ___Tazas No sé N/C*
2. ¿Cuánta **verdura** come en un día común y corriente? (1 taza=12 zanahorias "bebe" o 1 elote) ___Tazas No sé N/C*
3. ¿Consumes 2 o más porciones de **pescado** a la semana? (1 porción=7 onzas de atún o 1 filete) Sí No No sé N/C*
4. ¿Consumes 3 o más onzas de **granos enteros** al día?
(1 onza equivale a 1 porción, una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 3 tazas de palomitas de maíz) Sí No No sé N/C*
5. ¿Bebe menos de 36 onzas de **bebidas azucaradas** a la semana?
(3 latas de 12 onzas de refresco, jugo, alcohol, bebidas preparadas) Sí No No sé N/C*
6. Actualmente, ¿está usted moderando o reduciendo su consumo de **sal o sodio**? Sí No No sé N/C*
7. ¿Cuánta **actividad física moderada** normalmente realiza semanalmente?
(caminar, ejercicio aeróbico en el agua, jardinería general, capaz de hablar y mantener una conversación) ___Minutos No sé N/C*
8. ¿Cuánta **actividad física enérgica/vigorosa** realiza semanalmente?
(corriendo, carrera-caminata, baile aeróbico, andar en bicicleta, sin poder hablar y mantener una conversación) ___Minutos No sé N/C*

*N/C = Prefiero No Contestar

COLESTEROL

1. ¿Tiene usted el **colesterol alto**? Sí No No sé N/C*
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar el **colesterol**? Sí No No sé N/C*
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de PRESION SANGUINEA)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? ___Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?
 Costo - se me olvido
 Los efectos secundarios no me gustan-no tenia
 No quiero tomaria Otro _____

*N/C = Prefiero No Contestar

PRESION ARTERIAL

1. ¿Tiene usted **presión alta**? Sí No No sé N/C*
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
2. ¿Le receto su doctor medicina para bajar la **presión**? Sí No No sé N/C*
(Si su respuesta es **No**, prosiga con el siguiente bloque de preguntas de DIABETES)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? ___Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?
 Costo - se me olvido
 Los efectos secundarios no me gustan-no tenia
 No quiero tomaria Otro _____
5. ¿Usted se chequea la presión en la casa o usando la máquina para chequear en otros lugares, como la farmacia o eventos de salud? Sí No No sé N/C*
 - 5a. Porque no se la chequea: Nunca me dijeron que me la chequeara No se cómo No tengo la máquina
 - 5b. ¿Que tan seguido se la chequea? ¿Ya sea en su casa o en otros lugares?
 Varias veces el día A diario - semanal
 Unas cuantas veces a la semana
 No se Prefiero no contestar
 - 5c. ¿Ha discutido con su doctor sobre las medidas de su presión sanguínea? Sí No No sé N/C*

*N/C = Prefiero No Contestar

DIABETES

1. ¿Tiene usted **Diabetes (ya sea tipo 1 o tipo 2)**? Sí No No sé N/C*
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
2. ¿Le receto su doctor medicina para la bajar el azúcar, por **diabetes**? Sí No No sé N/C*
(Si su respuesta es **No**, prosiga con las preguntas de la sig. pagina del CORAZON)
3. ¿Durante los últimos 7 días, cuantos días, incluyendo hoy, se tomó la medicina como recetada? ___Días
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?
 Costo - se me olvido
 Los efectos secundarios no me gustan-no tenia
 No quiero tomaria Otro _____

*N/C = Prefiero No Contestar

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Version: November 2015

CORAZON

1. Ha sido **diagnosticado por un proveedor** de salud con alguna de las siguientes condiciones? Sí No No sé N/C*
- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho | <input type="checkbox"/> Defectos congénitos del corazón | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular | <input type="checkbox"/> Infarto/ataque cardiaco |

*N/C = Prefiero No Contestar

CIGARRO

1. ¿Usted **fuma?** (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado) Soy fumador
 Dejé el tabaco (hace 1-12 meses)
 Dejé el tabaco (hace +12 meses)
 Nunca he fumado N/C*
2. ¿Consume actualmente **tabaco para masticar, tabaco en polvo (snuff) o "snus"?** Diariamente Algunos días
 Nunca N/C*
3. ¿Cuántas horas al día, en promedio, se encuentra Ud. en la misma habitación o vehículo con una persona que **fuma?** _____ Horas Menos de 1
 Ninguna N/C*

*N/C = Prefiero No Contestar

VIDA DIARIA

1. Al pensar en su **salud física**, incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuantos días de los últimos **30 días**, su **salud física no se encontraba bien?** _____ Días No sé N/C*
2. Al pensar en su **salud mental**, incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos **30 días**, su **salud mental no se encontraba bien?** _____ Días No sé N/C*
3. En los últimos **30 días**, ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus **actividades usuales**, como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas? _____ Días No sé N/C*
4. ¿Está **limitado** en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales? Sí No No sé N/C*
5. ¿Tiene **algún problema de salud** que requiera el uso de **equipo especial**, como bastón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial? Sí No No sé N/C*
- 5a. Si su respuesta es **Sí**, ¿qué **tipo de discapacidad** tiene? Emocional Intelectual
 Física Sensorial

*N/C = Prefiero No Contestar

SEGURIDAD Y BIENESTAR

1. Si es Ud. **mujer**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día? Nunca N/A*
 ___ Días No sé N/C*
2. Si es Ud. **hombre**, ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día? Nunca N/A*
 ___ Días No sé N/C*
3. ¿Se siente usted seguro(a) en su **relación actual con su pareja?** No Sí No sé N/C*
4. ¿Alguien lo(a) ha golpeado, pateado, dado un puñetazo, lastimado, en el **último año?** No Sí No sé N/C*
5. ¿Hay alguna persona de una relación **previa** que lo(a) haga sentir **inseguro ahora?** No Sí No sé N/C*
6. ¿Qué tan seguido **se pone el cinturón de seguridad** cuando maneja o van en un carro? Siempre Casi Siempre
 A veces Casi nunca
 Nunca N/C*
7. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la **influenza (inyección o spray)?** No Sí No sé N/C*
- 7a. Si su respuesta es **No**, por favor indique por qué _____
8. ¿Le han suministrado la vacuna de la **neumonía?** No Sí No sé N/C*
9. ¿Cuándo fue la última vez que fue al **dentista** o clínica dental por cualquier motivo? 1 vez en el último año
 1 vez en los últimos 2 años
 Hace más de 2 años
 Nunca No sé N/C*
10. ¿Cuándo fue la última vez que un doctor u **oftalmólogo** le checó la vista? 1 vez en el último año
 1 vez en los últimos 2 años
 Hace más de 2 años
 Nunca No sé N/C*

*N/A = No Aplica *N/C = Prefiero No Contestar

State Pap Plus Program Services

STD Test(s)

Client is 18+

**Office visit covered when an STD test is performed for men and women 18+*

Test(s):

- Chlamydia
- Gonnorrhoea
- Syphilis

Is this a Pelvic Inflammatory Disease (PID)?

- Yes
- No

Screening Pap

Client is 21-39 years of age:

- Screening Pap test performed every 3 years

Client is 30-39 years of age:

- Screening Pap and HPV co-testing every 5 years

Pelvic Exam

Mark finding:

- Negative/Benign
- Visible Suspicious **CERVICAL** lesion
- Not Performed (*list reason*) _____

US Preventive Services Task Force (USPSTF) Guidelines:

- It is now recommended that cervical cancer screening begin at 21 years of age, regardless of sexual activity or other risk factors.
- Screening with cytology is recommended every 3 years for women 21-29 years of age.
- Clients 30-65 years of age only eligible for Pap test every THREE years with cytology or every FIVE years with co-testing (cytology/HPV).

The office visit reimbursement allows for breast screening and general clinical services to be provided at the same time as STD or Pap test, however, a client **cannot** enroll just to receive these services.

Clinician Name _____ Please write full name - do no abbreviate

Clinic Name _____

Date of Service for Office Visit _____

City _____

Quick Claim Section

Quick Claims will be entered for all State Pap Plus Enrollments and processed at the current fiscal year rates for EWM. Enrollments will be returned to the clinic if quick claim information is not filled out. Paper claims will not be accepted for State Pap Plus clients.

Quick Claim

Patient Acct. Number: _____

Check One:

- STD Office Visit Only
- New Patient Office Visit
- Established Patient Office Visit

Was the client offered HPV vaccination?

- Yes
- No

Clinical Breast Exam

Mark if:

- Client reports breast symptoms

Mark finding:

- Negative/Benign
- Suspicious for **BREAST** Malignancy
Immediate follow up is required beyond mammogram
- Not Performed
(list reason) _____

General Clinical Services

- Height: (with shoes off) _____/____ ft./in. Refused
- Weight: _____ lbs. Refused
- Waist Circumference: _____ inches Refused
- Hip Circumference: _____ inches Refused
- Blood Pressure (1): _____/____ mm Hg Refused
- Blood Pressure (2): _____/____ mm Hg Refused

*2 Blood Pressure readings **MUST** be taken at this visit.
CDC & JNC VII Guidelines **REQUIRE 2 blood pressures***

Is client a smoker? Yes No

- Client Referred to Statewide Quitline at 1-800-QUIT-NOW
- Fax Referral to Statewide Quitline at 1-800-QUIT-NOW
- Discussed with Client and Client Refused